Révision 28/10/2024

ITEM 164 : EXANTHÈME FÉBRILE DE L'ENFANT

Exanthème fébrile de l'enfant : cause fréquente de consultation, majoritairement de cause infectieuse, surtout virale.
Ne pas oublier les maladies inflammatoires et toxidermies médicamenteuses.
- **Exanthème érythémateux** : **scarlatine, syndromes toxiniques streptococciques/staphylococciques, Kawasaki, toxidermie.**
- **Exanthème maculo-papuleux** : **rougeole, rubéole, exanthème subit, mégalérythème épidémique, Kawasaki, entérovirus, urticaire, toxidermie.**
- **Exanthème vésiculo-pustuleux** : **varicelle** surtout, **HSV**, **zona**, **entérovirus (coxsackie** : syndrome pieds-mains-bouche**).**
- **Éruptions non spécifiques : exanthèmes viraux, toxidermies médicamenteuses, maladies systémiques.**

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE	Urgence	- **Purpura fébrile + troubles hémodynamiques ± signes neurologiques** : **méningocoque.** - **Fièvre ≥ 5 jours** : **maladie de Kawasaki, PIMS** (Pédiatric Inflammatory Multisystem Syndrome) **ou MISC** (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children). - **Érythème fébrile + troubles hémodynamiques : syndrome toxinique.** - **Syndrome toxinique + atteinte ≥ 3 organes** (digestif, musculaire, neurologique, muqueux, rénal, hépatique, hématologique) **: Toxic Shock Syndrome TSS.** - **Lésions cutanées érythémateuses circonscrites infiltrées douloureuses** : **DHBA, fasciite.** - **Lésions muqueuses ulcérées** et/ou **décollement épidermique extensif** : **Stevens-Johnson, Lyell, SSS.** - **AEG** avec **ADP, atteinte multiviscérale, hyperéosinophilie, hyperlymphocytose, prise médicamenteuse prolongée** : **DRESS syndrome.** - **Sepsis, choc septique.** - Terrain : enfant immunodéprimé, nouveau-né, contage avec une femme enceinte.
	Enquête diagnostique	- Contexte épidémiologique : âge, terrain, antécédents de maladie éruptive, vaccination, contage, voyage récent, prise médicamenteuse (notamment AINS, antibiotique, antiépileptique). - **Phase pré-éruptive** : durée d'incubation, symptômes. - **Phase éruptive** : mode de début, topographie, lésions dermatologiques élémentaires, prurit. - Signes associés : caractéristiques de la fièvre, hépatomégalie, splénomégalie, ADP… ➙ **Diagnostic avant tout clinique**, examens complémentaires selon le contexte (immunodéprimé, contact avec une femme enceinte, maladie à déclaration obligatoire…)

ROUGEOLE

Infection virale à ***Morbillivirus*** (paramyxovirus) : maladie infectieuse endémo-épidémique malgré la vaccination.
- Encore 20 000 cas en France entre 2009 et 2011 (en France épidémies régulières depuis 2009), car couverture vaccinale longtemps insuffisante en France (<90 %), complications rares dans les pays industrialisés, mais facteur majeur de morbimortalité infantile dans les PEVD.
- Plus sévère avant 1 an, chez l'adulte, la femme enceinte, les sujets immunodéprimés.
- Transmission directe aérienne, incubation = **10-12 jours**, contagiosité importante de **5 jours** avant à **5 jours** après l'éruption.

PREVENTIF	- **Nourrissons** : protégés jusqu'à l'âge de 6 mois par les Ac maternels. - **Vaccination antirougeoleuse** (recommandée, combinée avec rubéole et oreillons) : 1re dose à 12 mois (90 % de protection), 2e dose à 16-18 mois (95-98 % de protection) ➙ couverture vaccinale insuffisante en France (< 90 %). - **Immunité durable** conférée par la maladie.			
DIAGNOSTIC	C	- Absence d'antécédent de rougeole ou de vaccination.		
		Phase d'invasion (catarrhale ou pré-éruptive) = 2 à 4 jours	- **Fièvre élevée.** - **Catarrhe oculorespiratoire** : **larmoiement, conjonctivite, rhinorrhée, toux, pharyngite.** - **Signe de Köplik** (inconstant) = énanthème pathognomonique en fin de phase catarrhale : tache punctiforme blanc-bleuté sur une muqueuse jugale inflammatoire, peu visible.	
		Phase éruptive (2 semaines après contage) = 5 à 6 jours	- **Exanthème maculo-papuleux**, non prurigineux, avec intervalles de peau saine, siégeant au début derrière les oreilles, puis extension descendante en 24 à 48 h en une seule poussée vers la face, le tronc et les membres. - **Fièvre décroissante** lors de la généralisation de l'éruption. - Persistance d'un catarrhe : **conjonctivite, rhinorrhée, toux.**	

Révision 28/10/2024

DIAGNOSTIC	Complication	- Atteinte viscérale : **bronchite** ou **pneumopathie virale ++, hépatite, pancréatite** - **Surinfection : pulmonaire** (pneumocoque, *S. aureus*), **OMA purulente** (pneumocoque, *H. influenzae*) - Neurologique (rare) : - **Encéphalite aiguë morbilleuse** : précoce post-éruptive (1/1000) - **Panencéphalite sclérosante subaiguë (PESS) de Van Bogaert** : survenue retardée 5-10 ans après (1/100 000, mais 1/6000 si nourrisson < 1 an) - Hématologique **: purpura thrombopénique post-éruptif** (1/6000)
	PC	➝ **Maladie à déclaration obligatoire** : confirmation paraclinique systématique - **PCR** ARN viral : sang, salive, (nez, gorge et urine) de -J5 à +J12 (détection optimale de l'apparition de l'éruption à +J5) - **Sérologie à défaut** sur **prélèvement salivaire** ou **sanguin** : présence d'IgM de l'apparition de l'éruption à 60J environ, le plus souvent positif entre +J3 et +J28
TTT		➝ **Hospitalisation** seulement en cas de signe de sévérité - Traitement essentiellement symptomatique : paracétamol, Augmentin® si surinfection bactérienne (cible staph aureus et pneumocoque) - **Déclaration obligatoire** : signalement sans délai à l'ARS pour enquête, notification à visée épidémiologique - **Éviction scolaire** obligatoire jusqu'à **5 jours** après le début de l'éruption
	Mesures préventives des sujets contacts	**Sujet contact** = contact proche (famille, crèche) entre 5 jours avant et 5 jours après début de l'éruption - **Nourrisson < 6 mois** : - Mère immunisé (antécédent de rougeole ou vaccin x 2 ± sérologie) : protégé - Mère non immunisée : **Ig polyvalentes IV** si contage **< 6 jours** - **Nourrisson de 6 à 11 mois** (non vacciné) : **1 dose de vaccin monovalent** anti-rougeole dans les **72 h** après contage puis 2 doses de vaccin ROR selon le calendrier habituel. Possible Ig IV entre 3 et 6 jours - **Sujet > 1 an né depuis 1980** : - Non vacciné : **2 doses de ROR** à ≥ 1 mois d'intervalle - Vacciné avec une seule dose : rattrapage de la 2de dose - Vacciné avec deux doses : protégé - Immunodéprimé ou femme enceinte non immunisée : **Ig polyvalentes IV**

RUBÉOLE

Infection virale à ***Rubivirus***, virus à ARN, touchant généralement le jeune enfant, bénigne, en augmentation chez les 15-25 ans.
- Transmission directe par **voie aérienne** (rubéole acquise) ou **transplacentaire** (embryofoetopathie sévère ou rubéole congénitale < 18 SA).
- **Incubation** = **2 à 3 semaines**, **contagiosité** = 1 semaine avant et jusqu'à 2 semaines après le début de l'éruption.

PREVENTION			- **Nourrissons** : protégés jusqu'à l'âge de 6 mois par les Ac maternels. - **Vaccination antirubéoleuse** (recommandée, combinée ROR) : 1re dose à 12 mois, 2de dose à 16-18 mois. - **Ne pas oublier la vaccination en post-partum** des femmes enceintes séronégatives (vaccin vivant atténué contre-indiqué pendant la grossesse). - **Immunité durable** conférée par la maladie ou la vaccination. - **Maladie à déclaration obligatoire.**
DIAGNOSTIC	C		- Absence d'antécédent de rubéole ou de vaccination, contage rarement retrouvé, car maladie peu symptomatique.
		Phase d'invasion = 1 semaine	- **Fièvre modérée, état général conservé.** - Absence de catarrhe (notamment absence de toux). - Signes associés possibles : **céphalées, courbatures, pharyngite.**
		Phase éruptive (15-20 jours après contage)	- **Exanthème maculo-papuleux** : souvent pâle, petit, atteinte de la face puis extension au thorax, évolution en une poussée sur 72 h puis disparition (fugace). - **Fièvre modérée**, possible **splénomégalie** et/ou **ADP occipitales** associées.
	Complication		- **Conjonctivite.** - Hématologique : **purpura thrombopénique post-éruptif** (1/3000). - Articulaire : **arthralgie**, **arthrite** (surtout chez l'adulte). - Neurologique : **encéphalite**, **méningo-encéphalite** (rare).
	PC		➝ **Diagnostic clinique** : bilan complémentaire seulement en cas de forme atypique ou compliquée, et surtout en cas de contact avec une femme enceinte non immunisée. - **Sérologie** : IgM spécifique (phase aiguë < 2 mois), élévation significative (x 4) du taux d'IgG à 15-21 j d'intervalle. - **NFS** : absence d'hyperleucocytose, **plasmocytose** évocatrice, mais inconstante.
TTT			- Traitement essentiellement symptomatique en ambulatoire : antipyrétique. - Éviction scolaire non obligatoire. - Éviter tout contact entre un enfant infecté et une femme enceinte séronégative (risque de fœtopathie).

Révision 28/10/2024

MÉGALÉRYTHÈME ÉPIDÉMIQUE

= Infection à **parvovirus B19** : touche l'enfant de 5 à 14 ans, par **épidémies familiales ou scolaires**, entre **fin hiver et début été.**
- Contamination directe, respiratoire, limitée à la période pré-éruptive, incubation = **6 à 14 jours,** contagiosité en phase d'invasion possible.
- La maladie confère une immunité durable.

DIAGNOSTIC	C	**Phase d'invasion** = 2 jours	- **Fièvre modérée,** voire **absente, état général conservé.** - Signes associés : **céphalées, myalgies.**
		Phase éruptive (2 semaines après contage)	- **Exanthème maculo-papuleux**, puis **maculeux**, légèrement **œdémateux** (en guirlande), début aux joues (**rouges, d'aspect soufflet**), s'atténuant en quelques jours, puis extension au tronc et aux extrémités (**aspect réticulé en carte de géographie**) avec fluctuations pendant **1 à 3 semaines**, aggravé ou révélé par l'exposition à la chaleur. - Autres éruptions possibles : . **Érythème polymorphe.** . **Éruption en « gants et chaussettes »** purpurique, prurigineuse. - **Fièvre** modérée. - **Arthralgie** possible, rarement **arthrite**, le plus souvent chez le grand enfant ou l'adulte.
		Complication	- Enfant atteint d'hémolyse chronique (drépanocytose, sphérocytose, thalassémie) : **anémie aiguë érythroblastopénique.** - Femme enceinte (2d trimestre ++) : **non tératogène,** risque d'**anasarque fœto-placentaire**, **myocardite, insuffisance cardiaque, anémie fœtale** ou d'**avortement précoce spontané (T1).**
	PC	→ Diagnostic clinique : bilan complémentaire en cas de contact avec une femme enceinte ou chez l'enfant atteint d'anémie hémolytique chronique. - **PCR sanguine** à parvovirus B19 en phase aiguë. - **Sérologie** : IgM spécifique en phase aiguë, élévation significative du taux d'IgG à 15 jours d'intervalle.	
TTT		- Traitement essentiellement symptomatique, en ambulatoire : antipyrétique. - Chez l'enfant atteint d'hémolyse chronique : **transfusion sanguine** le plus souvent nécessaire. - Éviction scolaire non obligatoire. - Éviter tout contact entre un enfant infecté et une femme enceinte non immunisée ou un enfant atteint d'anémie hémolytique chronique.	

EXANTHÈME SUBIT

= **6e maladie** ou **roséole infantile** : **infection virale** à **HHV6**, plus rarement **HHV7.**
- Touche principalement le nourrisson de 6 mois à 2 ans, quasi-ubiquitaire (60 à 90 % des adultes ont des Ac).
- La maladie confère une immunité durable, nourrisson < 6 mois protégé par les Ac maternels.
- Transmission directe par voie respiratoire, incubation = **5 à 15 jours.**
- **Récurrences périodiques asymptomatiques**, avec excrétion du virus dans la salive (virus du groupe Herpesviridae).

DIAGNOSTIC	C	Phase d'invasion = 3 à 4 jours	- **Fièvre isolée** d'apparition **brutale**, jusqu'à **39-40°**, bien tolérée. - **Chute thermique brutale** contemporaine de l'éruption cutanée.
		Phase éruptive (1 à 7 jours après phase d'invasion)	- En moyenne 3 jours après le début de la fièvre. - **Exanthème maculo-papuleux roséoliforme** : pâle, siégeant au visage et au tronc, en une poussée, disparaissant en 12-24 h (fugace), avec apyrexie contemporaine caractéristique. - Signes associés : **ADP cervicales** (rare).
		Complication	- **Crise fébrile simple** (très fréquente). - Atteinte viscérale : **méningite**, **méningo-encéphalite** (rares).
	PC	→ Diagnostic clinique : bilan complémentaire en cas de forme atypique ou compliquée. - **PCR HHV6** sur **prélèvement sanguin.** - NFS : **leuconeutropénie** à J3-J4 (non spécifique, à valeur d'orientation).	
TTT		- Traitement essentiellement symptomatique, en ambulatoire : antipyrétique. - Éviction scolaire non obligatoire, mais éviter la fréquentation de collectivité à la phase aiguë. - Aucune mesure prophylactique de l'entourage.	

Révision 28/10/2024

MONONUCLÉOSE INFECTIEUSE

= **Primo-infection symptomatique** à **EBV** (herpès virus de type 5) : touche classiquement l'adolescent, mais peut être observé à tout en âge, notamment chez le nourrisson (fièvre prolongée fréquente, parfois isolée).
- **Infection fréquente** (80 % des adultes séropositifs), le plus souvent **asymptomatique**, à l'origine d'une **immunité durable.**
- **Récurrence symptomatique** clinique seulement chez l'immunodéprimé.
- **Transmission interhumaine salivaire** (contact rapproché, jouet sucé)**, contagiosité faible** plusieurs mois.
- I**ncubation longue** = **30 à 50 jours.**

DIAGNOSTIC	C	Symptomatologie habituelle	- **Fièvre** d'intensité variable, **asthénie profonde durable.** - **Angine** : **érythématopultacée** ou **pseudo-membraneuse** (avec respect de la luette). **± purpura du voile du palais**, **œdème de luette.** - **ADP cervicales bilatérales volumineuses**, **œdème des paupières, splénomégalie** (50 %)**, voix nasonnée (obstruction du cavum, paralysie du voile du palais).**
		Signes cutanés (variables)	- **Exanthème polymorphe maculo-papuleux** ou **papulo-vésiculeux** : inconstant, discret. - **Éruption déclenchée par la prise d'ampicilline**, PAS par l'amoxicilline (molécule différente pouvant être prescrite en cas de surinfection).
		Complication	- Hépatique : **hépatite cytolytique** (fréquente, le plus souvent uniquement biologique). - Hématologique (rare) : **anémie hémolytique** et **thrombopénie auto-immune.** - Neuro (rare) : **méningite lymphocytaire**, **méningo-encéphalite**, **polyradiculonévrite aiguë.** - ORL : obstruction des VAS par **hypertrophie amygdalienne, surinfection rare, mais sévère (sinusite).** - Autres : **rupture splénique…**
	PC		➞ Confirmation diagnostique indispensable. - Valeur d'orientation : - **Syndrome mononucléosique** à la NFS (souvent absent chez le jeune enfant). - **Élévation modérée des transaminases** (quasi-constante) au bilan hépatique. - Hausse de CRP. - **MNI-test** (test rapide d'agglutination) : risque de faux négatif, surtout chez le jeune enfant. - **Sérologie EBV** (diagnostic de certitude) : **IgM anti-VCA +** et **IgG anti-EBNA –** en cas de primo-infection. - **PCR sanguine EBV** dans les cas d'interprétation difficile.
TTT			➞ Hospitalisation seulement en cas de forme compliquée. - **Traitement essentiellement symptomatique** : repos au lit, reprise progressive des activités, antipyrétique. - **Antibiothérapie** en cas de surinfection ORL (cavum et sinus) : amoxicilline-acide clavulanique. - Prévention : éviction scolaire non obligatoire, aucune mesure prophylactique des sujets contacts, aucun vaccin.

SYNDROME DE GIANOTTI-CROSTI

= Éruption commune à de nombreux virus, le plus souvent chez l'enfant < 5 ans : **EBV** ++, **entérovirus**, **hépatite B**…
- **Éruption papuleuse des membres et des joues**, parfaitement symétrique, rarement fébrile.
- Évolution favorable, après persistance pendant quelques jours/semaines.

SCARLATINE

= **Infection toxinique bénigne** par ***S. pyogenes,*** **streptocoque β-hémolytique de groupe A**, sécrétant une **toxine érythrogène.**
- Autres atteintes : **angine bactérienne, anite, otite purulente perforée, infection cervicale profonde, infection cutanée**, plus rarement **respiratoire** ou **ostéoarticulaire.**
- Forme sévère de l'infection toxinique **:** ***Toxic Shock Syndrom*** **(TSS).**
- Transmission directe en cas d'angine, par voie aérienne ; contagiosité en phase d'invasion et jusqu'à 48 h d'antibiothérapie.
- Incubation **3-5 jours.**
- La maladie confère une immunité durable pour le même type toxinique.

DIAGNOSTIC	C	Phase d'invasion = 24 h	- **Fièvre élevée** à 39-40° avec **frissons.** - **Angine érythémateuse**, avec **dysphagie**, **tuméfaction amygdalienne** importante. - **Douleurs abdominales, vomissements.** - **Purpura du voile.** - **ADP sous-angulo-maxillaires.**

		Phase éruptive (24 h après invasion)	**Énanthème** : - **Amygdales tuméfiées et inflammatoires** pendant 4 à 6 jours. - **Glossite** : langue saburrale (enduit épais blanc), puis dépapillée de la périphérie vers le centre réalisant un aspect de « V lingual », puis laissant un aspect rugueux « framboisé » à J6 (glossite exfoliatrice), régression en 1 semaine.
DIAGNOSTIC	C	Phase éruptive (24 h après invasion)	**Exanthème** : - **Vastes nappes rouge vif uniformes congestives** sans intervalles de peau saine. - **Sensation de granité** à la palpation. - Prédominante aux plis de flexion, puis extension en 24 h à la partie inférieure de l'abdomen, aux extrémités et au visage. - Respect des **paumes/plantes** et de la **région péribuccale.** - Régression à J6, **desquamation post-éruptive** en « doigt de gant » des extrémités. Complications rares identiques à celles de l'angine : complications loco-régionales, complications **post-infectieuse quasi disparues** dans les pays à hauts revenus (glomérulonéphrite aiguë et rhumatisme articulaire aigu).
	PC	→ Diagnostic clinique. **- Test de diagnostic rapide du streptocoque A réalisé systématiquement avant antibiothérapie :** peut être effectué selon la clinique au niveau de l'anus, d'un écoulement cutané, pustule péri-unguéale, écoulement auriculaire, échantillon de liquide pleural ou articulaire. - **Élévation des ASLO** (**antistreptolysine**) : tardive (10-15 jours), inconstant, peu spécifique, inutile à la phase aiguë, fréquemment élevée de base chez les enfants sains.	
TTT		- **Antibiothérapie** : **amoxicilline** 50 mg/kg/j po en 2 prises, pendant **6 jours.** **-** Hospitalisation et biantibiothérapie IV : amoxicilline + clindamycine (anti-toxinique) en cas de forme compliquée. - Sans suivi nécessaire : pas de BU à distance. - **Éviction scolaire obligatoire** jusqu'à 48 h après le début du traitement antibiotique. - Pas de dépistage d'un portage dans l'entourage : éradication difficile, réplication lente intracellulaire. - **Antibioprophylaxie orale de l'entourage** seulement en cas **de FdR d'infection invasive** : âge > 65 ans, varicelle évolutive, lésions cutanées étendues dont les brûlures, toxicomanie IV, pathologie évolutive (diabète, cancer, hémopathie, VIH, insuffisance cardiaque), corticothérapie prolongée forte dose.	

MALADIE DE KAWASAKI

= Syndrome adéno-cutanéo-muqueux fébrile.
- Vascularite aiguë multisystémique touchant principalement les **artères de moyen calibre.**
- Ubiquitaire, mais plus fréquente dans les populations asiatiques (Japon ++), majoritairement < 5 ans, pic d'incidence à 1 an.
- Aucune explication physiopathologique unique : terrain génétique, environnement probablement infectieux, mécanisme immunitaire impliquant l'activation du système immunitaire et l'endothélium vasculaire.

DIAGNOSTIC	C	Forme typique	- **Fièvre ≥ 5 jours = critère constant indispensable, répondant mal au paracétamol.** **Et ≥ 4/5 critères majeurs :** - **Adénopathies cervicales** ≥ 1,5 cm de diamètre, souvent unilatérale. - **Buccopharyngée** : chéilite, stomatite, pharyngite, glossite (langue framboisée). - **Conjonctivite** bilatérale, non exsudative et indolore. - **Éruption cutanée** d'aspect variable : maculopapuleuse diffuse au niveau du tronc et des membres, évocatrice au niveau du siège avec desquamation précoce dès **J5.** - **Extrémités** : érythème des paumes et plantes, oedeme ferme et douloureux du dos des mains et pieds, desquamation tardive après le **10e** jour d'abord péri-unguéale (et/ou du siège).
		Formes atypiques et incomplètes	Autres signes évocateurs : - **Hyperirritabilité chez un enfant difficilement examinable** : signe quasi constant. - Réactivation (induration) de cicatrice de vaccination par le BCG chez le nourrisson.

			Autres atteintes d'organes possibles (atteinte inflammatoire multisystémique) : - **Articulaires** : arthralgies, arthrites de topographie diverse. - **Oculaires** (rares) : uvéite, rétinite. - **Digestives** : vomissements, douleurs abdominales. - **Hépatobiliaires** : ictère, hépatite cytolytique, hydrocholécyste (œdème de la paroi de la vésicule biliaire). - **Pulmonaires** (rares) : nodules et infiltrats, atteintes pleurales. - **Neurologiques** : agitation, troubles du comportement, méningite lymphocytaire, encéphalite avec convulsions, troubles de conscience, voire coma. Formes incomplètes : - Fièvre isolée et prolongée. - Nombre limité de critères majeurs. - Existence éventuelle de complication cardiaque.
		Complications	Avant tout **cardiovasculaires** : - Initialement : myocardite (rare, mais potentiellement grave), péricardite. - Secondairement, dilatations des artères coronaires, voire anévrismes.
DIAGNOSTIC	PC		➙ **Diagnostic clinique**, aucun marqueur spécifique. - Augmentation de la CRP constante, hyperleucocytose initiale, anémie inflammatoire, hyperplaquettose (tardive) fréquemment associées. Leucocyturie amicrobienne évocatrice. - **ETT systématique par un cardiopédiatre spécialisé** : suspecter une atteinte coronaire débutante devant une dilatation sans perte de parallélisme des bords de la coronaire, une irrégularité de la lumière vasculaire, une hyperéchogénicité des parois du vaisseau.
	DD		- **Autres éruptions** maculo-papuleuses fébriles (rougeole…) - **Syndrome inflammatoire post-COVID** (PIMS ou MIS-C) qui partage des symptômes en commun et une possible atteinte cardiaque inflammatoire (myocardite) avec des troubles hémodynamiques au premier plan. - **Maladies inflammatoires** (arthrite juvénile systémique, notamment.
TTT			➙ **Hospitalisation systématique** en phase aiguë. - **Immunoglobulines polyvalentes IV** : seul traitement consensuel, pour stopper le processus inflammatoire et prévenir les atteintes cardiaques. - **Corticothérapie systémique** complémentaire en cas de résistance à la première administration d'Ig IV à H36 ou de signes de gravité initiaux (scores clinico-biologioques et échographiques, notamment âge < 1 an) +/- discussion de l'utilisation de **biothérapie** avec un rhumatologue pédiatre si non-réponse. - **Aspirine PO** : à dose **anti-inflammatoire** en phase aiguë, puis poursuivie à faible dose **antiplaquettaire** (en particulier pendant la phase d'hyperplaquettose) pour ≥ 6-8 semaines, et plus longtemps en cas de lésions coronariennes. - **Surveillance** : avant tout écho-cardiographique. - **Avis spécialisé** en cas de complications cardiovasculaires avec suivi adapté. - **Mesures préventives** : Aucune mesure prophylactique pour d'éventuels sujets contacts. - **Prévention générale** : reconnaissance précoce de la maladie (fièvre > 5 J), traitement précoce < 10 J.

VARICELLE

= **Primo-infection VZV** (HSV 3) : fréquente (600 000 –700 000 cas/an en France), 90 % des cas < 10 ans, âge moyen = **4 ans.**
- Transmission directe par les **lésions cutanéo-muqueuses** ou par **voie respiratoire** les 24-48H précédant l'éruption.
- **Incubation** = **2 semaines** en moyenne, **contagiosité** de **1 à 2 jours avant l'éruption jusqu'à 7 jours après** (croûtes).
- Terrain à risque de forme sévère : nourrisson < 1 an, adulte, femme enceinte, immunodéprimé.
- La maladie confère une immunité durable (2e varicelle exceptionnelle), nourrisson < 3 - 6 mois protégé par Ac maternels.
- Un **zona** est l'expression clinique d'une **réactivation** possible du VZV.

DIAGNOSTIC	C	Phase d'invasion = 2J	- **Fébricule** modérée. - **Rash scarlatiniforme fugace pré-éruptif** (rare).
		Phase éruptive (2 semaines après contage)	

<table>
<tr><td rowspan="4"></td><td rowspan="4"></td><td>Exanthème</td><td>- Exanthème :
. Vésicules molles, bordées d’une auréole rouge (« goutte de rosée sur peau saine »), puis croûteuse et prurigineuse de J4 à J10.
. Localisation diffuse, y compris dans le cuir chevelu.
. 2 à 3 poussées successives, avec coexistence d’éléments d’âge différent.
. Chute des croûtes à J10.
- Fièvre généralement modérée, micro-poly-ADP.
- Énanthème buccal érosif inconstant.
 </td></tr>
<tr><td rowspan="3">Complications (3-5 % des cas)</td><td colspan="2">Facteurs de risque de varicelle sévère :
- Adolescent + de 12 ans, adulte non immun, femme enceinte.
- Déficit immunitaire congénital ou acquis.
- Nourrisson de 3 mois à 1 an (perte Ac maternels) d’autant plus que la contamination est intra-familiale (inoculum massif et répété).
- Nouveau-né à risque : prématuré < 28 SA, poids de naissance < 1000 g, varicelle développée dans les 3 dernières semaines de grossesse (risque de varicelle néonatale dans les 10erJ de vie), majeur si varicelle 5 J avant/2 J après l’accouchement (mortalité 18-31 % en cas de varicelle congénitale en l’absence de traitement antiviral, mais ce risque diminue si passage précoce des Ac maternels quand varicelle > 5 J avant l’accouchement avec mortalité = 0 %), nouveau-né jusqu’à 3 mois exposés en post-natal dont la mère est non immune.</td></tr>
<tr><td>Surinfection bactérienne surtout</td><td>= Principalement à S. aureus (60 %) et streptocoque A (35 %).
- Cutanée : impétigo, dermohypodermite, fasciite nécrosante, abcès, lésion nécrotique, syndrome de la peau ébouillantée (toxine exfoliante).
- Autre : pleuropulmonaire, suppuration ostéoarticulaire, syndrome toxinique (TSS) staphylococcique ou streptococcique.</td></tr>
<tr><td colspan="2">- Neurologique : crise fébrile, cérébellite (la plus fréquente), encéphalite, névrite, thrombose cérébrale.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">DIAGNOSTIC</td><td rowspan="2">C</td><td>Complications (3-5 % des cas)</td><td colspan="2">- Syndrome de Reye en cas de prise d’aspirine.
- Respiratoire : pneumonie varicelleuse.
- Hématologique : purpura thrombopénique post-éruptif.
- Hépatite aiguë.</td></tr>
<tr><td>Chez l’immuno-déprimé</td><td colspan="2">- Lésions cutanées profuses, volontiers hémorragiques.
- Lésions viscérales dans 30 à 50 % des cas : pulmonaire, hépatique, neurologique, CIVD.</td></tr>
<tr><td>PC</td><td colspan="3">➙ Diagnostic essentiellement clinique : bilan complémentaire seulement dans les formes sévères (terrains à risque) ou compliquées :
- PCR spécifique VZV.
- Sérologie : IgM spécifique en phase aiguë, élévation significative des IgG à 15 jours d’intervalle.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">TTT</td><td colspan="2">Forme typique non sévère</td><td>➙ PEC ambulatoire, traitement essentiellement symptomatique.
- Lésions cutanées prurigineuses : - Ongles coupés courts, solution antiseptique.
- Antihistaminique si prurit important.
- Antipyrétique : mesures physiques, paracétamol ➙ AINS contre-indiqués.
- Antibiothérapie probabiliste en cas de surinfection bactérienne : Augmentin®.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Forme sévère ou compliquée</td><td>➙ Hospitalisation.
- TTT antiviral : aciclovir (Zovirax®) IV.
- Si surinfection bactérienne sévère toxinique : Augmentin® + clindamycine IV (action anti-toxinique) les premiers jours.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Aciclovir IV</td><td>- Nouveau-né : varicelle néonatale, ou maternelle entre J-5 et J+2 de l’accouchement.
- Formes graves < 1 an.
- Varicelle compliquée, notamment pneumopathie varicelleuse.
- Immunodéprimé.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Mesures préventives</td><td>- Éviction scolaire non obligatoire (limite la diffusion : risque de varicelle de l’adulte).
- Isolement contact + respiratoire « air » si hospitalisation.
- Éviter tout contact avec les sujets à risque (femme enceinte, immunodéprimé, prématuré).</td></tr>
</table>

		Vaccin	= **Vaccin vivant atténué anti-VZV** : 2 doses, espacées d'1 à 2 mois. - Autorisé > 1 an, contre-indiqué chez la femme enceinte ou l'immunodéprimé. - Indication si **contage** : sujet > 12 ans immunocompétent, non enceinte, sans ATCD de varicelle (sérologie facultative) dans les **3 à 5 J suivant le contact avec une 2e dose 4 à 8 semaines ou 6 à 10 semaines plus tard selon le vaccin choisi.**
		Ig anti-VZV	= **Varitect®** : protection transitoire partielle en ATU, par voie IV de préférence dans les 4 J, délai maximal de 10 J après exposition, susceptibles de permettre une protection transitoire et partielle, et en l'absence de Varitect, des Ig polyvalentes peuvent être administrées. - **Femmes enceintes seronégatives** ou statut sérologique inconnu. - **Immunodéprimés.** - **Nouveau-nés** dont la mère présente une varicelle dans les 5 à 7 jours avant la naissance jusqu'à 2 jours après la naissance. - **Prématuré et nouveau-nés < 1 mois** dont la mère est séronégative ou de statut sérologique inconnu.

CODEX.:, S-ECN.COM

Révision 28/10/2024

GINGIVOSTOMATITE HERPÉTIQUE

= **Infection virale à HSV1** (ou plus rarement **HSV2**), virus à ADN.
- **Primo-infection** = 1er contact infectant muqueux ou cutané, symptomatique ou non : généralement entre 1 et 4 ans (> 80 % des enfants ≥ 5 ans sont séropositifs), le plus souvent asymptomatique.
- Transmission par **contact direct** avec sujet excrétant (voie cutanée ou génitale, salive).
- **Contagiosité** possible dans les formes d'excrétion virale, maximale à la constitution des vésicules (1res heures), durant 8 à 20 J.
- **Incubation** = **5 à 7 jours.**
- La maladie confère une immunité partielle**,** n'empêchant pas la réactivation (récurrence clinique ou asymptomatique) : possibles récurrences dans le même territoire = herpès labial récidivant (bouquet vésiculeux à la jonction cutanéo-muqueuse).

<table>
<tr><td rowspan="3">DIAGNOSTIC</td><td rowspan="2">C</td><td colspan="2">- Prodromes : fièvre élevée, dysphagie (avec risque de déshydratation)
- Éruption ulcéreuse et douloureuse bucco-gingivale diffuse : vésicules rapidement rompues, laissant place à des érosions muqueuses ou croûtes cutanées, siégeant à la langue, au palais, aux gencives, à la muqueuse buccale et aux lèvres, d'évolution confluente en plaques érosives muqueuses recouvertes d'une membrane grisâtre
- Signes associés : ADP sous-maxillaire, hypersialorrhée, haleine fétide</td></tr>
<tr><td>Complication (rare)</td><td>- Terrain : - Immunodéprimé.
- Dermatite atopique : syndrome de Kaposi-Juliusberg.
- Atteinte viscérale : méningite, encéphalite, hépatite.
- La surinfection cutanée locale est rare.</td></tr>
<tr><td>PC</td><td colspan="2">➝ Diagnostic essentiellement clinique : bilan complémentaire seulement en cas de forme sévère ou compliquée.
- Identification par PCR sur prélèvement de lésion.
- Sérologie : inutile au diagnostic si les lésions cliniques sont évocatrices.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">TTT</td><td colspan="3">- TTT essentiellement symptomatique, ambulatoire : antalgique (paracétamol + ibuprofène en cure courte 48-72 H ou tramadol si > 3 ans ou morphine orale si douleur sévère), surveillance de la bonne hydratation et alimentation.
- L'adjonction d'un traitement local (muqueuses) est difficile et sans intérêt démontré.
- Éviction scolaire non obligatoire, mais la fréquentation de collectivité en phase aiguë n'est pas souhaitable.
- Éviter le contact avec les sujets immunodéprimés ou les enfants ayant une dermatite atopique.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Forme sévère ou compliquée</td><td>➝ Hospitalisation requise.
- TTT antiviral par aciclovir : si instauration précoce < 24-48h, durée de 5 à 10 jours.
- Par voie IV si voie orale impossible.
- Nutrition entérale ou hydratation IV parfois nécessaires si alimentation impossible.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Forme non compliquée</td><td>- TTT antiviral par aciclovir PO : recommandé si débuté au cours des 3 premiers jours d'après le GPIP même si absence de consensus et hors AMM.</td></tr>
</table>